

М. А. Еремкова, Е. В. Крук, Н. А. Кабилдина, М. Д. Жумакаев, У. С. Ревякина

ОЦЕНКА ПОНИМАНИЯ ПРИНЦИПОВ ДЕОНТОЛОГИИ У УЧАЩИХСЯ КАФЕДРЫ ОНКОЛОГИИ И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАРАГАНДЫ

Кафедра онкологии и лучевой диагностики Карагандинского медицинского университета (Караганда, Республика Казахстан)

В статье приводятся данные опроса студентов кафедры лучевой диагностики по принципам проведения диагностических процедур (лучевых методов исследования) с точки зрения биоэтики и деонтологии. Отражена актуальность преподавания основ и принципов медицинской этики для обучающихся в связи с неосведомленностью пациента о некоторых видах диагностических манипуляций, подверженность больного стрессовым факторам от выполнения неизвестных и дискомфортных диагностических процедур.

Ключевые слова: лучевая диагностика, обучение, деонтология, стресс-факторы

Термин «деонтология» происходит от греческих слов *deontos* (должное, правильное) и *logos* (знание). Английский социолог и юрист Дж. Бентам предложил в XIX веке ссылаться на теорию морали. Однако основы деонтологии были заложены в медицине древнего мира. Проблема отношения врача к пациенту давно рассматривается с точки зрения их сотрудничества и понимания. Неоценимую роль в разработке принципов деонтологии сыграл Гиппократ. Клятва Гиппократа – великое достижение, которое устанавливает высокую моральную планку для врача любой специальности. В свете предложенной темы автором представлен главный принцип непричинения вреда, принцип милосердия (обязанность заботиться о пациенте), принцип заботы о пользе пациента и доминирующие интересы пациента [1, 4, 5].

Деонтология (медицинская этика) – это принципы поведения медицинского персонала при выполнении профессиональных задач медицинскими работниками, включая нормы взаимоотношений с пациентом, с родственниками пациента, а также отношения между медицинскими работниками [5]. Цель деонтологии – поддерживать нравственность и бороться со стрессовыми факторами в медицине в целом [4]. В настоящее время социальные и материальные аспекты требуют от человека постоянного здоровья и работоспособности. В связи с этим возникновение заболевания не ограничивается соматическими симптомами, но обязательно включает в себя проявление отношения пациента к заболеванию, так называемую «внутреннюю картину болезни» [2, 15] и возможность полного спектра лечения и получения диагностических процедур. Контакт с диагностическим персоналом происходит на начальном этапе диагностики и лечения пациента и продолжается на протяжении всего ле-

чения. Таким образом, качество налаженных взаимоотношений диагностического персонала (медперсонала отделения лучевой диагностики) с пациентом может оказывать определенное влияние на его психическое состояние, влиять на отношение пациента к своему заболеванию и является одним из факторов успешного диагностического процесса и лечения или вызывают негативное отношение со стороны пациента к дальнейшим манипуляциям, процедурам и т. д.

Вопросы этических основ медицины в свете роста ее лечебных и диагностических возможностей вызывают интерес у исследователей в междисциплинарной области медицины, права и социологии. Одним из наиболее важных в этом контексте является принцип автономии пациента, который лежит в основе права пациента на самоопределение и признан особым принципом в качестве противовеса патернализму, который играет важную роль в традиционном характере врача. Принцип автономии пациента, защиты его прав регулируется и основан на принципе добровольного информированного согласия пациента. Сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами. Этическим основанием принципа автономности выступает понятие автономия личности – ее независимость и право на самоопределение [1].

Принцип добровольного согласия на лечение в большинстве стран сейчас находится в центре внимания при вопросах взаимоотношения «врач – пациент». Впервые принцип добровольного согласия был сформулирован в Нюрнбергском Кодексе 1947 г. «Своде правил о проведении экспериментов на людях» [1]. Затем его использовали в США при разбирательстве судебных дел о возмещении вреда при небрежном лечении. Принцип информиро-

ванного согласия был закреплен в Европе спустя 10 лет.

Принцип добровольного информированного согласия пациента состоит из двух составляющих: добровольное согласие и информированное согласие. Принцип добровольного согласия подразумевает автономию пациента, добровольный выбор или согласие на медицинские манипуляции или исследования при условии его информированности [1, 8]. То есть он предусматривает, что не только врач, но и пациент является полностью независимым субъектом медицинских отношений, и решение о его жизни и здоровье в большинстве случаев зависит от него самого. С этой целью любое медицинское вмешательство предваряет процедура получения добровольного согласия [11].

Принцип информированного согласия основывается на соблюдении права пациента знать правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них [1]. Информированное согласие – это коммуникативный диалог врача и пациента, который не ставится в зависимость от доброй воли и желания врача, а выступает как его обязанность [5].

Информированное согласие предполагает соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу выбора [1, 7].

Это должно быть не интуитивное решение, а вывод, полученный на основе предоставленной объективной информации о целях предполагаемого вмешательства, ожидаемых результатах, продолжительности вмешательства, риске для жизни и возможных неблагоприятных последствиях, о наличии альтернативных методов лечения и их эффективности, а также о своих правах в данном лечебном учреждении и способах их защиты. Естественно, что информация должна быть подана в доступном виде, исключая возможность скрыть истинный риск за сухими медицинскими терминами. Современный уровень грамотности дееспособного населения, в том числе медицинской и юридической, делает это воз-

можным [3, 6, 10].

Научно-технический прогресс XX-XXI века значительно расширил спектр методов диагностики, способствующих скорейшему установлению наличия заболевания. Вместе с тем нельзя не отметить, что данный арсенал может быть не только «помощником» для врача, но также и дополнительным фактором стресса для больного, причинением ему дополнительных «страданий». Диагностический процесс, состоящий порой из сложных диагностических процедур, может оставлять больного в своеобразном «психологическом вакууме», где он по сути предоставлен сам себе. Доступность интернета с избытком не всегда проверенной информации расхолаживает и необоснованно пугает пациента, уверяя в необходимости ограничения лучевых методов диагностики из-за сопутствующего им излучения [3, 6]. В медицинском образовании в настоящее время подчеркивается необходимость понимания принципов биоэтики и использования их в работе врача любого профиля [7].

Проблема взаимоотношений врача и больного сложна и многогранна [13, 14, 15]. Решить ее возможно, только прилагая максимум усилий на различных уровнях. Залогом успеха может быть не только хорошая профессиональная подготовка будущего врача, но и умение грамотно и доступным образом разъяснить пациенту о ходе предстоящей процедуры, необходимой подготовке к исследованию, рассказать о возможных побочных явлениях после выполнения манипуляции, о наличии альтернативных способов диагностики, о получении предполагаемых диагностических данных, необходимых для установки клинического диагноза. Всем этим навыкам необходимо обучать студента уже с первого курса медицинского вуза и всесторонне развивать в последующем в процессе преподавания клинических дисциплин на старших курсах.

Любая лечебно-диагностическая процедура, проводимая пациентам, может отрицательно сказаться на их психическом состоянии. Сложности специалиста диагностического звена заключаются в том, что пациент, направленный клиницистом, не всегда осведомлен о предстоящих манипуляциях, всех тонкостях и сложностях процедуры. Специалист диагностического звена обязан предотвратить подобные негативные представления об исследовании путем предварительной беседы с больным.

Обучающиеся дисциплины «Лучевая

диагностика» должны иметь знания не только о цели и результатах проводимого исследования, но и побочных результатах манипуляций, вызывающих негативные последствия для пациента, уметь донести эту информацию до пациента доступным для больного, либо сопровождающего лица способом. Это особенно актуально перед выполнением высокотехнологичных методик с той или иной степенью инвазивности, так как информированное согласие, выраженное на бумаге, хотя и может дать некоторую долю информации о процедуре, но не дает возможности больному установить контакт с врачом, определить для себя степень доверия специалисту. Пациент должен четко представлять, что его ждет в ходе процедуры, каков риск осложнений, кроме того, он должен быть убежден, что врач сделает все возможное, чтобы свести все риски к минимуму, и он признает, что в определенной степени тревожность нормальна и понятна. Установленный контакт «врач – пациент» позволит повысить качество самого исследования, так как будут предотвращены беспокойство и растерянность больного, от которого порой требуется соблюдение определенных инструкций во время процедур.

Обучающиеся должны понимать, что каждый вид диагностического вмешательства является «чужеродным» для человека и наряду с пользой для пациента имеет и негативное влияние, способное стать дополнительным стрессорным фактором. Общеизвестно, что все рентгенологические методы исследования несут лучевую нагрузку, поэтому проведение повторных исследований с целью уточнения диагноза вызывает сопротивление у пациентов. Такой метод исследования толстого кишечника, как ирригоскопия, является некомфортным в силу интимности области исследования, а также сложности подготовки к исследованию, включающей в себя введение клизмы с контрастным веществом. Практически все виды рентгеноскопии вызывают беспокойство у пациентов в связи с длительностью обследования и увеличением в связи с этим лучевой нагрузки. Даже более современные и информативные методы, такие как КТ и ангиография, могут быть причиной стресса в связи с внутривенными инъекциями контрастного вещества, нередко сопровождающимися неприятными ощущениями. Помимо очевидных факторов в последнее время имеют значение внутренние установки пациентов, например, даже обнажение частей тела при проведении диагностических процедур может быть неком-

фортно для глубоко религиозных людей. Так как мы живем в светском государстве, пациент должен воспользоваться своим принципом автономии и решить, какая часть его жизни в данный момент ему важнее. В случае отказа от проведения той или иной диагностической процедуры пациент несет ответственность за свое здоровье, о чем должен быть полностью проинформирован.

Цель работы – оценить уровень знаний в области биоэтики и деонтологии у резидентов по дисциплине «лучевая диагностика».

Задачи исследования: 1) дать общую характеристику знаний и пониманий принципов биоэтики в лучевой диагностике у обучающихся; 2) провести сравнительный анализ результатов анкетирования по биоэтическим аспектам поведения врача в лучевой диагностике у резидентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено анкетирование резидентов по специальным анкетам, разработанным кафедрой онкологии и лучевой диагностики Медицинского университета Караганды. В анкетировании участвовали резиденты специальности «лучевая диагностика» 1 и 2 года обучения в количестве 20 человек. На основе анкетных данных проведен анализ понимания студентами психотравмирующих аспектов работы отделения лучевой диагностики. Обучающимся было предложено ответить на 12 вопросов анкеты о различных методиках лучевого исследования, характеризующих степень осведомленности о лучевой диагностической процедуре, возможных результатах и последствиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате анкетирования установлено, что большая часть студентов – 15 человек (75%), хотя и владеют знаниями о понятиях биоэтики и деонтологии в медицине, но эти знания поверхностны, по большей части студенты определяют их, как «вежливое обращение с пациентом». С тем, что все виды диагностических манипуляций должны проводиться с добровольного согласия пациента, были согласны 100% анкетированных студентов, но 7 (35%) человек не имели представления о возможных осложнениях процедуры и не сочли нужным предупредить об этом пациента, 12 (60%) респондентов не сообщили бы о неизбежности неприятных ощущений в ходе проведения процедуры.

Также 10 опрошенных студентов (50%) считали, что больные в условиях стресса склонны быть в эмоциональной зависимости от

своего специалиста, так как основную информацию о лучевых методах получают от лечащего врача. О том, что о диагностической манипуляции пациент узнает из листа информированного согласия ответили утвердительно 8 (40%) опрошенных. Однако 9 (43%) респондентов согласны с тем, что всю информацию о диагностическом методе исследования пациенту должен предоставлять врач диагностического отделения, так как он обладает большим уровнем знаний в данном вопросе. Но на вопрос, кто определяет объем исследования, необходимый пациенту в условиях отделения лучевой диагностики, 75% студентов ответили, что объем определяется лечащим врачом пациента, 10% ответили, что врач отделения диагностики и лечащий доктор принимают это решение сообща, 15% затруднились ответить.

В целом, отмечен дефицит информации о тонкостях назначенной диагностической процедуры (принципы подготовки, будущие неприятные ощущения при исследовании) у 14 (66%) респондентов. При выполнении интервенционных процедур врачу необходимо сделать все, чтобы пациент был морально подготовлен к дискомфорту и, в ряде случаев, к боли. Для этого огромное значение имеет предварительная беседа.

ВЫВОДЫ

Деонтологические принципы как соблюдение этических норм и правил поведения медицинского работника по отношению к пациенту при выполнении своих профессиональных обязанностей имеют важное значение для врачей любых специальностей, в том числе врачей диагностического звена. Эффективность проведения диагностической процедуры, а, следовательно, и ее результат зависят от психологической подготовленности больного к процедуре лучевого исследования; уровень профессионализма диагноста заключается не только в грамотно выполненной процедуре и интерпретации данных, но и в степени доверия пациента.

Проведенное исследование показывает, что понятия биоэтики и деонтологии у большей части студентов поверхностны, размыто представление о компетенциях врача диагностического звена, нет четкого понятия о стрессообразующих факторах лучевой диагностики и, соответственно об объеме информации, которую должен предоставить врач-диагност при информировании пациента. Формирование на уровне последних этапов обучения навыков этико-деонтологических компетенций, знание правовой базы позволит буду-

щим молодым специалистам успешно выполнять свои профессиональные обязанности, избегая конфликтных ситуаций.

На практических занятиях преподаватель должен уделять внимание не только усвоению студентами теоретических знаний и практических навыков, но и особенностям этико-деонтологических компетенций в отделении лучевой диагностики в отношении пациента: соблюдение врачебной тайны, уважительное обращение, признание автономии личности пациента, предоставление полного объема информации о проводимых манипуляциях, принятие права отказа пациента от процедуры, помощь больному в поисках альтернативных методик диагностики.

Закрепление и углубление знаний по деонтологии достигается при помощи работы над рефератами по предложенной теме под руководством преподавателя, а также при подготовке к выступлениям на студенческих научно-практических конференциях и участии в студенческих олимпиадах. С помощью таких методик преподавания происходит формирование познавательных и профессиональных мотивов, развитие системного мышления будущего врача в соответствии с основными компетенциями.

ЛИТЕРАТУРА

1 Гоглова О. О. Биомедицинская этика. Стандарт третьего поколения: Учеб. пособие / О. О. Гоглова, С. В. Ерофеев, Ю. О. Гоглова. – СПб: Питер, 2013. – 272 с.

2 Гришина Н. В. Помогающие отношения: Профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1997. – С. 143-156.

3 Гущин А. В. Интернет-общение как материал для анализа отношений врача и пациента // Социология медицины. – 2012. – №1 (20). – С. 38-41.

4 Кетова Т. Н. Биоэтика как этап развития гуманизма // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2015. – №4, Т. XXII. – С. 31-34.

5 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-ІУ (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.04.2019 г.).

6 Красникова И. Г. Этико-социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента в условиях информационного общества // Матер. республ. науч.-практ. конф. «Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и

деонтологии». – Витебск, 2016. – С. 174-177.

7 Крук Е. В. Знание и понимание принципов биоэтики на кафедре онкологии /Е. В. Крук, Н. А. Кабилдина //Медицина и экология. – 2019. – №3 (92). – С. 72-76.

9 Омаров Р. А. Принципы автономии пациента в клинической медицине /Р. А. Омаров, А. Д. Доника //Международ. журн. эксперим. образования. – 2017. – №3-2. – С. 218.

10 Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана «Казахстанский путь-2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» от 17 января 2014 г.

11 Родиков М. В. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине /М. В. Родиков, Л. В. Кочетова, Р. А. Пахомова //Соврем. проблемы науки и образования. – 2016. – №6. [Электронный ресурс].

12 Соколов В. М. Специфика формирования биоэтической ответственности личности в условиях медицинской профессиональной школы //Соврем. проблемы науки и образования. – 2014. – №4. [Электронный ресурс].

13 Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии для больниц (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition).

14 Тесфайе В. А. Этическая особенность поведения медработника по отношению к пациентам /В. А. Тесфайе, Н. Г. Харкевич //Матер. республ. науч.-практ. конф. «Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии». – Витебск, 2016. – С. 177-178.

15 Халилова А. Р. Конфликт в системе взаимоотношений «врач-пациент» //Матер. республ. науч.-практ. конф. «Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии». – Витебск, 2016. – С. 285-287.

16 Четвериков Д. В. Личность и болезнь: лекция //Омский психиатрический журнал. – 2014. – №2 (2). [Электронный ресурс].

REFERENCES

1 Goglova O. O. Biomedicinskaja jetika. Standart tret'ego pokolenija: Ucheb. posobie /O. O. Goglova, S. V. Erofeev, Ju. O. Goglova. – SPb: Piter, 2013. – 272 s.

2 Grishina N. V. Pomogajushhie otnoshenija: Professional'nye i jekzistencial'nye problemy //Psihologicheskie problemy samorealizacii lichnosti. – SPb.: Izd-vo SPb. un-ta, 1997. – S. 143-156.

3 Gushhin A. V. Internet-obshhenie kak material dlja analiza otnoshenij vracha i pacienta //Sociologija mediciny. – 2012. – №1 (20). – S. 38-41.

4 Ketova T. N. Biojetika kak jetap razvitija gumanizma //Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I. P. Pavlova. – 2015. – №4, T. XXII. – S. 31-34.

5 Kodeks Respubliki Kazahstan «O zdorov'e naroda i sisteme zdravoohranenija» ot 18 sentjabrja 2009 goda № 193-1U (s izmenenijami i dopolnenijami po sostojaniju na 19.04.2019 g.).

6 Krasnikova I. G. Jetiko-social'nye aspekty vzaimootnoshenij vracha i pacienta v uslovijah informacionnogo obshhestva //Mater. respubl. nauch.-prakt. konf. «Biojetika i sovremennye problemy medicinskoj jetiki i deontologii». – Vitebsk, 2016. – S. 174-177.

7 Kruk E. V. Znanie i ponimanie principov biojetiki na kafedre onkologii /E. V. Kruk, N. A. Kabildina //Medicina i jekologija. – 2019. – №3 (92). – S. 72-76.

8 Omarov R. A. Principy avtonomii pacienta v klinicheskoj medicine /R. A. Omarov, A. D. Donika //Mezhdunar. zhurn. jeksperim. obrazovanija. – 2017. – №3-2. – S. 218.

9 Poslanie Prezidenta Respubliki Kazahstan N. Nazarbaeva narodu Kazahstana «Kazahstanskij put'-2050: Edinaja cel', edinye interesy, edinoe budushhee» ot 17 janvarja 2014 g.

10 Rodikov M. V. Modeli vzaimodejstvija vracha i pacienta v sovremennoj medicine /M. V. Rodikov, L. V. Kochetova, R. A. Pahomova //Sovrem. problemy nauki i obrazovanija. – 2016. – №6. [Jelektronnyj resurs].

11 Sokolov V. M. Specifika formirovanija biojeticheskoj otvetstvennosti lichnosti v uslovijah medicinskoj professional'noj shkoly //Sovrem. problemy nauki i obrazovanija. – 2014. – №4. [Jelektronnyj resurs].

12 Standarty akkreditacii Mezhdunarodnoj ob#edinennoj komissii dlja bol'nic (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition).

13 Tesfaje V. A. Jeticheskaja osobennosti povedenija medrabotnika po otnosheniju k pacientam /V. A. Tesfaje, N. G. Harkevich //Mater. respubl. nauch.-prakt. konf. «Biojetika i sovremennye problemy medicinskoj jetiki i deontologii». – Vitebsk, 2016. – S. 177-178.

14 Halilova A. R. Konflikt v sisteme vzaimootnoshenij «vrach-pacient» //Mater. respubl. nauch.-prakt. konf. «Biojetika i sovremennye problemy medicinskoj jetiki i deontologii». – Vitebsk, 2016. – S. 285-287.

15 Chetverikov D. V. Lichnost' i bolezn': lekcija //Omskij psihiatricheskij zhurnal. – 2014. – №2 (2). [Jelektronnyj resurs].

Поступила 28.02.2021 г.

Медицинское и фармацевтическое образование

M. A. Yermekova, Ye. V. Kruk, N. A. Kabildina, M. D. Zhumakayev, U. S. Revyakina

ASSESSMENT OF UNDERSTANDING OF ETHICS PRINCIPLES AMONG THE STUDENTS OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY DEPARTMENT OF KARAGANDA MEDICAL UNIVERSITY

Department of oncology and radiology of Karaganda medical university (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

The article presents the results of a survey of students of the Department of Radiation Diagnostics on the principles of diagnostic procedures (radiation research methods) from the point of view of bioethics and deontology. The article reflects the relevance of teaching the basics and principles of medical ethics for students due to the patient's ignorance about certain types of diagnostic manipulations, the patient's susceptibility to stress factors from performing unknown and uncomfortable diagnostic procedures.

Key words: radiation diagnostics, training, deontology, stress factors

М. А. Ермекова, Е. В. Крук, Н. А. Кабилдина, М. Д. Жумакаев, У. С. Ревякина

БАҒАЛАУ ТҮСІНУ ДЕОНТОЛОГИЯ ҚАҒИДАЛАРЫН ОҚУШЫЛАРДЫҢ ОНКОЛОГИЯ ЖӘНЕ СӘУЛЕНІҢ ДИАГНОСТИКА КАФЕДРАСЫ

Қарағанды медициналық университеттің онкология және сәуленің диагностика кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

Бапта деректер келтіріледі сауалнама студенттер сәулелік диагностика принциптері бойынша диагностикалық рәсімдердің (сәулелік зерттеу әдістерін) тұрғысынан биоэтика мен деонтология. Көрсетілген өзектілігі негіздерін оқыту және медициналық этика қағидаларын білім алушылар үшін байланысты неосведомленностью пациент туралы кейбір түрлерінде диагностикалық манипуляциялар ұшырау науқастың стресс факторлары орындаудан белгісіз және дискомфортных диагностикалық процедуралар.

Кілт сөздер: сәулелік диагностика, оқыту, деонтология, стресс-факторлар